

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_

Indispensable pour la prise de médicaments nécessaires pendant le séjour

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR**

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRE	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtherie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME : OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES : OUI  NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?      NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?      NON       OUI

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) \_\_\_\_\_

N° de Téléphone : \_\_\_\_\_  
Mère : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_  
Père : domicile \_\_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures  
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRES DE VACANCES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS